

妊婦健康診査費 助成申請書

受給番号

川西市長 あて
次のとおり、妊婦健康診査費の助成を申請します。

受付印

申請年月日	年 月 日		
氏名 (妊婦)	生年月日	年 月 日
住所	〒 () 川西市	出産予定日	年 月 日
妊婦健康診査受診予定医療機関	※複数の医療機関にまたがって受診する場合は、全て記入して下さい		
医療機関名【 ■所在地	】 ()都道府県 ()市区町村	医療機関名【 ■所在地	】 ()都道府県 ()市区町村

《 個人情報の使用について 》

今回ご記入いただきました個人情報は、妊婦健康診査費助成事業の実施のために使用いたします。

それ以外の目的には、一切使用いたしません。

《 注意事項 》

助成申請届出者の本人確認をさせていただきます。

助成申請届出者氏名 (自署)	続柄
-------------------	----

《 注意事項 》

・妊婦本人以外の方が申請する場合は、受任者の本人確認をさせていただきます。

<h2>委任状</h2>	
令和 年 月 日	
〈委任者〉氏名(妊婦自署) _____	
私は、妊婦健康診査費助成申請に関する権限を下記の者に委任します。	
〈受任者〉住所 _____	
氏名	妊婦との続柄
_____	_____
*委任者の署名については、記名押印でも可とします	

※以下は記入しないでください

妊婦健康診査費助成方法 (助成券 ・ 償還 / 14回 ・ 9回 / W)	事務処理者	
<input type="checkbox"/> 助成券後日発送: 発送日(年 月 日) 住定日: 年 月 日(W)	発送者	
妊婦本人確認 : 個・免・保・他	届出者本人確認 : 個・免・保・他	妊娠届日 (異なる場合) 年 月 日